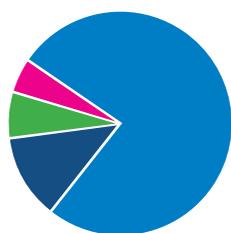
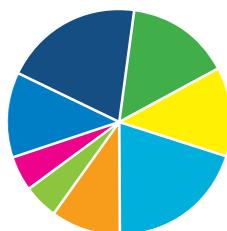


I DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

Cosa sono?
Come affrontarli?



- Peso, forma del corpo, alimentazione
- Scuola
- Famiglia
- Altro



- Peso, forma del corpo, alimentazione
- Scuola
- Famiglia
- Sport
- Musica
- Amici
- Pittura
- Altro

AIDAP

**ASSOCIAZIONE ITALIANA DISTURBI
DELL'ALIMENTAZIONE E DEL PESO**

Questo manuale è protetto da copyright
© AIDAP, Luglio 2015

Associazione Italiana Disturbi dell’Alimentazione e del Peso (AIDAP)
Via Sansovino 16 - 37138 Verona - Tel. 0458103915 - Fax 045 8102884
E-mail: info@aidap.org - Sito web: www.aidap.org

Nessuna parte del manuale può essere riprodotta
senza il permesso scritto dell’editore.



Introduzione

I disturbi dell'alimentazione sono un problema diffuso nel nostro Paese, ma la loro conoscenza è ancora scarsa. In parte ciò è dovuto alla disinformazione dei mezzi di comunicazione popolari e in parte alla scadente formazione ricevuta da medici, psicologi e altri sanitari su questi disturbi. La conseguenza negativa è che la maggioranza delle persone – anche quelle che soffrono di questi disturbi – conosce poco questo problema. Le informazioni imprecise portano le persone affette da disturbi dell'alimentazione ad avere idee sbagliate sulle cause del loro problema, a intraprendere trattamenti non adeguati e, in alcuni casi, a scatenare o aggravare il loro disturbo.

In questo libretto sono riportate in modo sintetico le conoscenze scientifiche più aggiornate sui disturbi dell'alimentazione. Le informazioni, scritte in un linguaggio accessibile al grande pubblico, possono risultare utili anche ai terapeuti perché rappresentano un concentrato delle conoscenze attuali nel campo dei disturbi dell'alimentazione.

Buona lettura

Dr. Riccardo Dalle Grave
Direttore Scientifico AIDAP

Dr.ssa Simona Calugi
AIDAP Empoli e Firenze

I disturbi dell'alimentazione

I disturbi dell'alimentazione nelle ultime due decadi hanno suscitato un grande interesse nei media e nella gente comune, ma tuttora costituiscono un enigma per i ricercatori e una difficile sfida per i clinici. Le loro cause non sono note, anche se un'interazione complessa di fattori biologici, psicologici e sociali sembra giocare un ruolo importante nell'aumentare il rischio del loro sviluppo. Negli ultimi anni, comunque, sono stati compiuti progressi significativi sia nella loro comprensione sia nel trattamento.

Negli ultimi anni sono stati compiuti progressi significativi nel trattamento dei disturbi dell'alimentazione

La definizione

I disturbi dell'alimentazione sono caratterizzati da un persistente disturbo dell'alimentazione o di comportamenti connessi all'alimentazione che determinano un alterato consumo o assorbimento di cibo e che danneggiano significativamente la salute fisica o il funzionamento psicosociale.

La classificazione medica

L'ultima versione del manuale statistico e diagnostico dei disturbi mentali, noto come DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), riconosce tre disturbi dell'alimentazione principali (anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbo da binge-eating) e un ampio gruppo di altri disturbi dell'alimentazione (**Tabella 1**)¹.

¹ Il DSM-5 ha unito in un'unica categoria diagnostica i disturbi della nutrizione e i disturbi dell'alimentazione. I primi colpiscono prevalentemente, ma non esclusivamente, l'infanzia e includono le seguenti categorie diagnostiche: pica, disturbo da ruminazione e disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo. Per la descrizione dei disturbi della nutrizione si rimanda ad altre pubblicazioni.

Tabella 1 Classificazione medica dei disturbi dell'alimentazione

- ✓ **Anoressia nervosa**
- ✓ **Bulimia nervosa**
- ✓ **Disturbo da binge-eating**
- ✓ **Altri disturbi dell'alimentazione**
 - Anoressia nervosa atipica
 - Bulimia nervosa a bassa frequenza e/o di durata limitata
 - Disturbo da binge-eating a bassa frequenza e/o di durata limitata
 - Disturbo da condotta di eliminazione
 - Sindrome da alimentazione notturna

Sebbene il DSM-5 sia indubbiamente la principale referenza per gli operatori della salute, c'è una crescente evidenza che le categorie diagnostiche tradizionali dei disturbi dell'alimentazione siano un artefatto e non descrivano in modo adeguato la realtà clinica. Infatti, numerosi studi suggeriscono che i disturbi dell'alimentazione siano manifestazioni diverse di un'unica psicopatologia specifica. Prima di discutere questa idea in dettaglio, verrà presentata una breve panoramica delle principali categorie diagnostiche dei disturbi dell'alimentazione descritte dal DSM, la cui lettura può aiutare a comprendere meglio i limiti dell'attuale sistema classificativo.

Anoressia nervosa



Chi colpisce

L'anoressia nervosa fu descritta la prima volta dal medico inglese Richard Morton nel 1694 e fino a trent'anni fa è stata considerata una malattia rara. Oggi invece sembra colpire lo 0,28% delle adolescenti e delle giovani donne adulte dei paesi occidentali. In Italia i dati a nostra disposizione evidenziano che ha una distribuzione uniforme: Italia del nord 0,36%, Italia centrale 0,4-0,36%, Italia del sud 0,2%. Nei paesi anglosassoni

pare che abbia avuto un aumento dal 1930 al 1970, ma nessun incremento dopo tale periodo; in Italia, purtroppo, non abbiamo dati a disposizione per valutare questo fenomeno.

Il 90-95% delle persone colpite appartiene al sesso femminile e i maschi costituiscono tuttora una minoranza. L'età d'esordio del disturbo è compresa nella maggior parte dei casi tra i 12 e i 25 anni, con un doppio picco di maggiore frequenza a 14 e 18 anni; negli ultimi tempi sono stati diagnosticati casi a incidenza più tardiva, dopo i 20-30 anni, e alcuni a insorgenza più precoce, prima dei 12 anni.

È una patologia che colpisce soprattutto la popolazione occidentale, mentre è rara nei Paesi in via di sviluppo, dove non esiste una forte pressione sociale verso la magrezza.

Mentre negli anni Sessanta l'anoressia nervosa colpiva prevalentemente le classi agiate, attualmente è distribuita in modo omogeneo nelle varie classi sociali; ciò è stato confermato anche da due ricerche epidemiologiche eseguite da alcuni soci dell'AIDAP a Verona e a Lecce.

In alcune categorie occupazionali l'anoressia nervosa sembra essere molto frequente; i casi tipici sono le professioni che rientrano nel mondo della moda e della danza. Non possiamo affermare con esattezza se sia proprio il lavoro di ballerina o fotomodella a favorire lo sviluppo dell'anoressia nervosa o se, piuttosto, non avvenga che le ragazze a rischio di sviluppare questo disturbo siano particolarmente attratte da professioni che enfatizzano la magrezza del corpo.

Per quanto riguarda la scolarità, non sembrano esserci differenze tra le persone affette da anoressia nervosa e quelle di pari età e classe sociale. È stata inoltre smentita la convinzione diffusa che i soggetti affetti da anoressia nervosa abbiano un quoziente d'intelligenza superiore alla media: i risultati brillanti, talora osservati in alcuni di loro, sono infatti il risultato dell'impegno posto nello studio più che di particolari doti mnemoniche o intellettive.



Caratteristiche cliniche e decorso

L'anoressia nervosa nei casi tipici inizia nell'adolescenza con una marcata perdita ponderale e il raggiungimento di peso corporeo molto basso. La perdita di peso è perseguita attivamente seguendo una dieta ferrea e molto ipocalorica. Alcune persone per perdere peso eseguono un'attività fisica eccessiva e compulsiva. Altre per dimagrire si inducono il vomito

o usano altre forme non salutari di controllo del peso, come ad esempio l'uso improprio di lassativi o di diuretici.

In alcuni adolescenti il disturbo è breve e guarisce senza alcuna cura o con un trattamento breve, ma spesso persiste e richiede trattamenti specialistici complessi. Lo

sviluppo di comportamenti bulimici è frequente e circa la metà delle persone migra verso una diagnosi di bulimia nervosa. Sintomi comuni, che peggiorano con la perdita di peso e spesso scompaiono con

la normalizzazione ponderale sono: la depressione, il deficit di concentrazione, la perdita dell'interesse sessuale, l'ossessività e l'isolamento sociale.

In generale, il 10-20% delle persone con anoressia nervosa sviluppa una condizione cronica che persiste per l'intera vita. In questi casi, viene danneggiato gravemente il funzionamento interpersonale e la carriera scolastica o lavorativa. Il tasso grezzo di mortalità è attorno al 5% per le complicanze della malnutrizione o per suicidio.

Fattori prognostici positivi sono la giovane età e la breve durata di malattia. Fattori prognostici negativi sono la presenza di problematiche mediche e psichiatriche coesistenti all'anoressia nervosa.

Nell'anoressia nervosa sono presenti il basso peso, la paura di ingrassare e l'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo



Come capire se si è affetti da anoressia nervosa

Una persona è affetta da anoressia nervosa se manifesta tutte e tre le caratteristiche che seguono.

1 Sottopeso. Tutte le persone affette da anoressia nervosa, per definizione, devono essere sottopeso, cioè pesare meno di un Indice di Massa Corporea (IMC) di 18,5 – l'IMC si calcola dividendo il peso in chili per l'altezza al quadrato in metri – oppure al di sotto di quanto atteso se sono adolescenti o bambini. Il sottopeso deve essere il risultato della restrizione dell'apporto energetico rispetto al necessario.

2 Paura d'ingrassare. La seconda peculiarità dell'anoressia nervosa è l'intensa paura di prendere peso o di diventare grassi, anche

quando si è sottopeso. Nonostante le persone affette da anoressia nervosa siano sottopeso, tuttavia sono terrorizzate dall'idea di "ingrassare" e pensano che il loro peso aumenterà all'infinito se inizieranno a nutrirsi normalmente.

3 **Eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo.** Le persone affette da anoressia nervosa sembrano percepire correttamente le proprie dimensioni corporee, ma le giudicano in modo abnorme; sono insoddisfatte del proprio peso e forma del corpo, in particolare considerano troppo grosse alcune parti del proprio corpo (seno, pancia, sedere, gambe). Inoltre basano la valutazione di sé principalmente su quello che dice la bilancia; un aumento ponderale determina sensazioni di frustrazione e autosvalutazione; un calo di peso, al contrario, aumenta il senso di autocontrollo, di fiducia personale e di autostima. In alcune persone con un'anoressia nervosa di lunga durata il desiderio di magrezza e il senso di soddisfazione per essere sottopeso si affievoliscono ma, anche se affermano di comprendere razionalmente la necessità di un incremento ponderale, non si comportano in modo da raggiungere tale obiettivo. Nelle persone più giovani con anoressia nervosa è spesso presente un rifiuto ad ammettere la gravità della propria condizione di sottopeso.

L'amenorrea (mancanza di almeno tre cicli mestruali consecutivi) non è necessaria per la diagnosi di anoressia nervosa, ma comunque è un sintomo che deve sempre far sospettare la presenza di un disturbo dell'alimentazione se compare in un'adolescente o in una giovane donna che restringe l'alimentazione. Nella maggior parte dei casi si tratta di amenorrea secondaria (perdita di mestruazioni dopo un periodo più o meno lungo di cicli regolari); in una minoranza, quando l'anoressia nervosa è insorta prima dello sviluppo puberale, di amenorrea primaria. Negli uomini sono presenti perdita dell'interesse sessuale e impotenza.

Infine, un sottogruppo di persone ha caratteristiche simili a quelle dell'anoressia nervosa, ma non riporta la paura d'ingrassare e la preoccupazione per il peso e la forma del corpo. Questi casi, in cui è presente una condizione di basso peso e un'estrema preoccupazione per le conseguenze negative del mangiare (per es. paura di non digerire o di avere delle

manifestazioni allergiche), possono ricevere secondo la classificazione DSM-5 la diagnosi di *disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo*.

Bulimia nervosa



Chi colpisce

La bulimia nervosa è un disturbo comparso all'inizio degli anni Settanta ed è stata descritta per la prima volta negli studi sulla "bulimaressia" condotti tra gli studenti dei college americani. Nel 1979 il professor Russell pubblicò un articolo intitolato "Bulimia nervosa: un'inquietante variante dell'anoressia nervosa". Dal 1980 in poi sono stati compiuti più di sessanta studi, per valutarne l'incidenza e la prevalenza, che hanno fornito risultati abbastanza omogenei: il disturbo colpisce circa l'1% delle giovani donne. In Italia gli studi di prevalenza hanno fornito risultati simili a quelli ottenuti negli altri Paesi occidentali.

La maggior parte delle ricerche effettuate suggerisce che la bulimia nervosa sia più frequente oggi che in passato; un'ampia ricerca condotta sulle gemelle del Virginia Twin Registry ha osservato che tra quelle nate dopo il 1960 c'era una maggiore frequenza di storie di bulimia nervosa, quelle nate fra il 1950 e il 1959 erano a rischio intermedio, e le gemelle nate prima del 1950 avevano un rischio minimo.

Anche i clinici di vari Paesi occidentali (Nuova Zelanda, Regno Unito, Canada) hanno notato un aumento drammatico dei casi di richiesta di trattamento della bulimia nervosa; in Italia si è verificata la stessa cosa, forse con alcuni anni di ritardo rispetto ai Paesi anglosassoni (personalmente ho potuto constatare un aumento vertiginoso delle richieste di cura a partire dal 1988). Non sappiamo perché ci sia stato questo incremento improvviso: nessuno sa perché la bulimia nervosa risulti in aumento e non possiamo prevedere che cosa accadrà in futuro, anche se alcuni dati recenti sembrano indicare una tendenza verso la diminuzione della sua incidenza.

Come per l'anoressia nervosa, l'età d'esordio del disturbo è compresa tra i 12 e i 25 anni, però nella bulimia nervosa il picco di maggior frequenza è a 17-18 anni. Gli uomini sono colpiti raramente e non abbiamo dati che affermino che il disturbo sia in aumento tra i maschi.

La bulimia nervosa è presente soprattutto tra i bianchi, mentre è rara tra gli afroamericani e nei Paesi in via di sviluppo. Per quanto riguarda la classe sociale la bulimia nervosa sembra essere, come l'anoressia nervosa, distribuita in modo omogeneo.

Le persone colpite sono generalmente di peso normale, alcune lievemente sottopeso, altre leggermente sovrappeso, pochissime in grande sovrappeso.



Caratteristiche cliniche e decorso

La bulimia nervosa inizia nei casi tipici con una dieta estrema e rigida e circa un quarto delle persone colpite ha un periodo durante il quale soddisfa i criteri diagnostici dell'anoressia nervosa. Dopo un certo periodo, le abbuffate interrompono la restrizione dietetica e di conseguenza il peso corporeo tende a rimanere nella norma o lievemente al di sopra o sotto la norma. Nella maggior parte dei casi gli episodi bulimici sono seguiti da comportamenti di compenso eliminativi, come il vomito autoindotto, l'uso improprio di lassativi e/o di diuretici oppure da comportamenti di compenso non eliminativi, come la restrizione dietetica estrema e rigida o l'esercizio fisico eccessivo e compulsivo.

Nella bulimia nervosa sono presenti abbuffate seguite da comportamenti di compenso e l'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo

Circa il 23% delle persone con bulimia nervosa ha un decorso cronico protratto. Il passaggio all'anoressia nervosa è raro, ma verso gli altri disturbi dell'alimentazione e il disturbo da binge-eating avviene nel 20% dei casi. Il tasso grezzo di mortalità varia dallo 0% al 2%.

La bulimia nervosa, come l'anoressia nervosa, se persiste negli anni danneggia gravemente le relazioni sociali, la carriera scolastica e lavorativa.



Come capire se si è affetti da bulimia nervosa

Capire se si è affetti da bulimia nervosa non è semplice come nel caso dell'anoressia nervosa. Molte persone pensano di essere bulimiche ma in realtà non lo sono; per pronunciare una diagnosi di bulimia nervosa devono essere presenti tutte e cinque le seguenti caratteristiche.

1 Ricorrenti episodi di abbuffate. Un'abbuffata, traduzione del termine inglese binge-eating, si definisce sulla base di due caratteristiche che devono essere entrambe presenti:

- a) il consumo di una grande quantità di cibo
- b) la sensazione di perdita di controllo sull'atto di mangiare (ad es. sentire che non ci si può astenere dall'abbuffarsi, oppure non riuscire a fermarsi una volta iniziato a mangiare).

In alcuni casi, soprattutto quando il disturbo dura da molto tempo, le abbuffate sono programmate e quindi, in un certo senso, può mancare il senso di perdita di controllo.

L'abbuffata deve inoltre verificarsi in un periodo abbastanza lungo (per es. un arco di due ore); ciò significa che il piluccare durante il giorno non può essere considerato un'abbuffata.

2 Comportamenti di compenso. La seconda caratteristica importante della bulimia nervosa è che le abbuffate devono essere seguite da condotte compensatorie, finalizzate a prevenire l'aumento di peso. Il mezzo più frequentemente usato è il vomito che, in alcuni casi, può essere autoindotto dopo l'assunzione di qualsiasi cibo, e non necessariamente dopo un'abbuffata.

Dopo le abbuffate alcuni individui assumono grandi quantità di lassativi per provocarsi una diarrea acquosa; più raramente usano altri mezzi come i diuretici, gli enteroclistmi o i farmaci tiroidei; sono stati anche rilevati casi di alcune persone diabetiche che non assumevano l'insulina dopo un'abbuffata.

Alcuni individui affetti da bulimia nervosa non usano il vomito o comportamenti eliminativi, ma digiunano o fanno esercizio fisico in modo eccessivo.

3 Frequenza delle abbuffate e dei comportamenti di compenso. Perché sia diagnosticata la bulimia nervosa, le abbuffate e le condotte compensatorie devono verificarsi almeno 1 volta la settimana per 3 mesi. Sebbene sia uno standard arbitrario, serve a restringere la diagnosi soltanto alle persone che hanno un disturbo ricorrente e persistente. Stabilire una frequenza minima significa escludere le persone che si abbuffano con minor frequenza, poi-

ché sembra esistere una correlazione (seppure controversa) tra frequenza delle abbuffate e psicopatologia.

- 4** **Eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo.** Come le persone affette da anoressia nervosa, quelle con bulimia nervosa hanno una valutazione di sé basata in modo predominante sul peso e la forma del corpo. Si sentono sempre in dovere di seguire una dieta e sono terrorizzate dall'idea di aumentare di peso; se questo accade si deprimono e fanno di tutto per dimagrire: spesso è proprio questo il motivo che le spinge a cercare una cura.
- 5** **Il disturbo non si manifesta esclusivamente nel corso di episodi di anoressia nervosa.** Questo significa che ci sono due disturbi dell'alimentazione, e non uno solo; così a una persona che si abbuffa e vomita ma ha un peso basso (inferiore a un IMC di 18,5) verrà diagnosticata soltanto l'anoressia nervosa con abbuffate/condotte di eliminazione, mentre se l'IMC è maggiore o uguale a 18,5 la diagnosi sarà di bulimia nervosa.

Disturbo da binge-eating



Chi colpisce

La prevalenza del disturbo da binge-eating nella popolazione con più di 18 anni di età è dell'1,6% tra le femmine e dello 0,8% tra i maschi, mentre negli individui con obesità che ricercano un trattamento per la perdita di peso è del 10%. Rispetto alla bulimia nervosa è presente una maggiore prevalenza nel sesso maschile (circa il 25%) e in alcune minoranze etniche, come per esempio i neri americani.

Le caratteristiche cliniche di questo disturbo ricalcano quelle della bulimia nervosa; anche qui sono presenti le abbuffate anche se è spesso difficile individuarne la conclusione perché non sono seguite dall'uso sistematico di comportamenti di compenso, come per esempio il vomito autoindotto,

Nel disturbo da binge-eating le abbuffate non sono seguite dall'uso sistematico di comportamenti di compenso

che pongono termine all'episodio bulimico. Le persone che ne sono affette si preoccupano moltissimo del proprio comportamento e lo giudicano un serio problema, sia per la sensazione di perdita di controllo che provano, sia per le implicazioni che le abbuffate possono avere sul peso corporeo e sulla salute.



Caratteristiche cliniche e decorso

Il disturbo, sebbene condivida con la bulimia nervosa gli episodi bulimici, presenta le seguenti differenze: **(1)** gli episodi bulimici non sono seguiti dall'utilizzo regolare di comportamento di compenso e accadono in situazioni in cui è presente una tendenza generale a mangiare in eccesso piuttosto che di restrizione dietetica; ciò spiega la forte associazione del disturbo con l'obesità; **(2)** è frequente anche negli uomini; **(3)** ha un tasso elevato di remissione spontanea a breve termine, come evidenziato da studi di trattamento farmacologico o che ne hanno valutato la storia naturale.

Il tasso di remissione dopo quattro anni è di circa l'80% e la migrazione verso l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa è rara.



Come capire se si è affetti da disturbo da binge-eating

Una persona è affetta da disturbo da binge-eating se soddisfa i seguenti criteri diagnostici:

- 1 Ricorrenti episodi di abbuffate.** Come per la bulimia nervosa, un'abbuffata si definisce sulla base di due caratteristiche che devono essere entrambe presenti:
 - a)** il consumo di una grande quantità di cibo;
 - b)** la sensazione di perdita di controllo sull'atto di mangiare (ad es. sentire che non ci si può astenere dall'abbuffarsi, oppure non riuscire a fermarsi una volta iniziato a mangiare).

- 2 Presenza di tre o più delle seguenti caratteristiche**
 - a)** Mangiare molto più rapidamente del normale.
 - b)** Mangiare fino a sentirsi spiacevolmente pieni.
 - c)** Mangiare grandi quantità di cibo anche se non ci si sente fisicamente affamati.
 - d)** Mangiare da soli a causa dell'imbarazzo per quanto si sta mangiando.

e) Sentirsi disgustati verso se stessi, depressi o assai in colpa dopo l'episodio.

- 3 Presenza di marcato disagio riguardo alle abbuffate.**
- 4 Frequenza delle abbuffate.** L'abbuffata si verifica, in media, almeno 1 volta alla settimana per 3 mesi.
- 5 Assenza di condotte compensatorie.** L'abbuffata non è associata alla messa in atto sistematica di condotte compensatorie inappropriate come nella bulimia nervosa, e non si verifica esclusivamente nella bulimia nervosa o nell'anoressia nervosa.

Altri disturbi dell'alimentazione

Questa categoria si applica a situazioni in cui i sintomi caratteristici di un disturbo dell'alimentazione, che causano un significativo disagio o un danno nel funzionamento sociale, occupazionale o in altre importanti aree, predominano ma non soddisfano i criteri pieni per qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica dei disturbi dell'alimentazione.

Studi recenti hanno osservato che gli altri disturbi dell'alimentazione costituiscono la metà circa dei pazienti ambulatoriali o ricoverati affetti da disturbo dell'alimentazione e come l'anoressia nervosa e la bulimia nervosa sembrano colpire soprattutto le adolescenti e le giovani donne.

Gli altri disturbi dell'alimentazione possono essere divisi in cinque sottogruppi:

- 1 Anoressia atipica.** Sono soddisfatti tutti i criteri per l'anoressia nervosa, salvo che nonostante una significativa perdita di peso, il peso dell'individuo è all'interno o al di sopra del range di normalità.
- 2 Bulimia nervosa a bassa frequenza e/o di durata limitata.** Sono soddisfatti tutti i criteri per la bulimia nervosa, salvo che le abbuffate e le condotte compensatorie inappropriate si verificano, mediamente, meno di 1 volta alla settimana e/o per meno di 3 mesi.

- 3 Disturbo da binge-eating a bassa frequenza e/o di durata limitata.** Sono soddisfatti tutti criteri per il disturbo da binge-eating, salvo che le abbuffate si verificano, mediamente, meno di 1 volta alla settimana e/o per meno di 3 mesi.
- 4 Disturbi da condotte di eliminazione.** Sono presenti in una persona non sottopeso ricorrenti condotte di eliminazione per influenzare il peso o la forma del corpo (per es. vomito autoindotto, uso improprio di lassativi, diuretici o altri farmaci) in assenza di abbuffate.
- 5 Sindrome da alimentazione notturna.** Sono presenti ricorrenti episodi di alimentazione notturna, che si manifestano mangiando dopo il risveglio dal sonno oppure l'eccessivo consumo di cibo dopo il pasto serale. C'è la consapevolezza e ricordo di aver mangiato. L'alimentazione notturna non è meglio spiegata da influenze esterne come la modificazione del ciclo sonno-veglia dell'individuo oppure da norme sociali locali. L'alimentazione notturna causa un significativo disagio e/o compromissione del funzionamento. I pattern di alimentazione disordinata non sono meglio spiegati dal disturbo da binge-eating o da un altro disturbo mentale, compreso l'uso di sostanze, e non sono attribuibili a un altro disturbo medico oppure all'effetto di farmaci.

La realtà clinica: esiste un solo disturbo dell'alimentazione?

Due osservazioni sembrano indicare che la classificazione medica dei disturbi dell'alimentazione sia un artefatto e non una descrizione accurata della realtà clinica e che, verosimilmente, esista un "solo disturbo dell'alimentazione" (ipotesi transdiagnostica) che possa assumere caratteristiche cliniche diverse da un individuo all'altro, ma anche in una stessa persona.

- 1 I disturbi dell'alimentazione hanno caratteristiche simili.** L'aspetto che colpisce di più, quando si incontrano persone affette da anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbi dell'alimentazione NAS è la somiglianza tra di loro.

In particolare, tutti e tre i disturbi dell'alimentazione condividono il medesimo nucleo psicopatologico e cioè l'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo. Questa è definita come la tendenza a giudicare il proprio valore in modo predominante o esclusivo in termini di peso e forma del corpo. Tale caratteristica è osservata solo nei disturbi dell'alimentazione e spiega le principali caratteristiche cliniche osservate nell'anoressia nervosa, nella bulimia nervosa e nei disturbi dell'alimentazione NAS (per tale motivo in questo manuale è chiamata psicopatologia specifica e centrale) **(Tabella 2)**.

Tabella 2 I disturbi dell'alimentazione condividono le principali caratteristiche cliniche

Caratteristiche cliniche	AN	BN	DBE	ADA
Eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo e del loro controllo	+++	++++	+	++
Dieta ferrea	+++	+++	-	++
Abbuffate	+	+++	+++	+
Vomito autoindotto	+	++	-	+
Uso improprio di lassativi	+	++	-	+
Uso improprio di diuretici	+	++	-	+
Esercizio fisico eccessivo	++	+	-	+
Check del corpo	++	++	+	+
Evitamento del corpo	+	++	+++	+
Sensazione di essere grassi	+	++	+++	++
Basso peso	+++	-	-	+

AN = anoressia nervosa, **BN** = bulimia nervosa, **DBE** = disturbo da binge-eating;
ADA = altri disturbi dell'alimentazione

2 I disturbi dell'alimentazione migrano da una diagnosi all'altra. Gli studi che seguono i pazienti nel tempo hanno osservato una frequente migrazione dei disturbi dell'alimentazione da una categoria diagnostica all'altra (**Figura 1**). Le ricerche hanno anche trovato che raramente i disturbi dell'alimentazione migrano verso altri disturbi mentali. Queste osservazioni indicano che i disturbi dell'alimentazione rappresentano una categoria diagnostica distinta e che la suddivisione nelle tre categorie diagnostiche è probabilmente un artefatto della classificazione che non riflette la realtà clinica.

La prospettiva transdiagnostica

L'osservazione che i disturbi dell'alimentazione condividono la maggior parte delle caratteristiche cliniche e tendono a persistere nel tempo modificandosi, ma non a evolvere in altri disturbi mentali suggerisce che siano mantenuti da meccanismi comuni.

La teoria transdiagnostica, sviluppata presso l'università di Oxford, considera i disturbi dell'alimentazione come un'unica categoria diagnostica piuttosto che tre

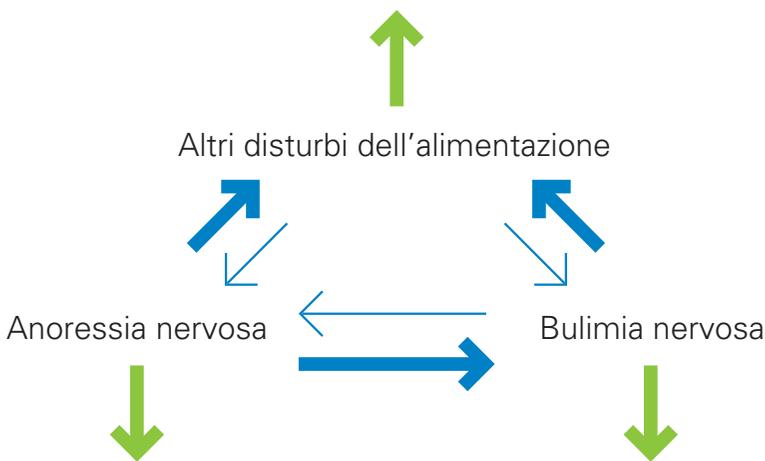


Figura 1

La migrazione dei disturbi dell'alimentazione da una categoria diagnostica all'altra

La dimensione delle frecce indica la probabilità del movimento nella direzione indicata. Le frecce in verde indicano l'uscita dal disturbo dell'alimentazione.

disturbi separati. Secondo questa teoria una persona ha un disturbo dell'alimentazione se sono presenti le seguenti quattro caratteristiche:



La **Figura 2** riporta graficamente le differenze tra la classificazione medica e la prospettiva transdiagnostica.

Le cause

Le informazioni fornite dai media e da alcuni pseudo esperti sulle cause dei disturbi dell'alimentazione sono spesso non corrette e prive di una solida base scientifica. Domande che spesso sono fatte all'AIDAP dai pazienti, dai loro familiari, ma anche da alcuni colleghi sono: "È un problema che nasce da un cattivo rapporto con i genitori o con la mamma?", "È dovuto alla pressione sulla magrezza esercitata dai media e dal mondo della moda?", "È una scelta personale o una malattia?"; "È una richiesta di aiuto o una protesta?".

Non c'è una risposta semplice a queste domande. La realtà è che non conosciamo ancora bene le cause dei disturbi dell'alimentazione. I dati derivati dalla ricerca più recente sembrano indicare che derivino dalla combinazione di **predispozione genetica** e **fattori di rischio ambientali**. Purtroppo, non si sa ancora

nulla sui processi causali individuali coinvolti e su come i fattori genetici interagiscano con quelli ambientali.

La **Tabella 3** riporta un elenco dei potenziali fattori di rischio evidenziati dalla ricerca.

I meccanismi di mantenimento psicologici

La letteratura psicologica ha proposto numerose e specifiche teorie che hanno cercato di spiegare lo sviluppo e il mantenimento dei disturbi dell'alimentazione. Tra queste, quella che ha influenzato in modo più importante il trattamento basato sull'evidenza scientifica è stata la *teoria cognitivo comportamentale transdiagnostica*.

Cognitivo comportamentale significa che la teoria analizza principalmente i pensieri (cognitivo) e i comportamenti (comportamentale) implicati nel mantenimento dei disturbi dell'alimentazione. Transdiagnostica significa che la teoria (e la terapia

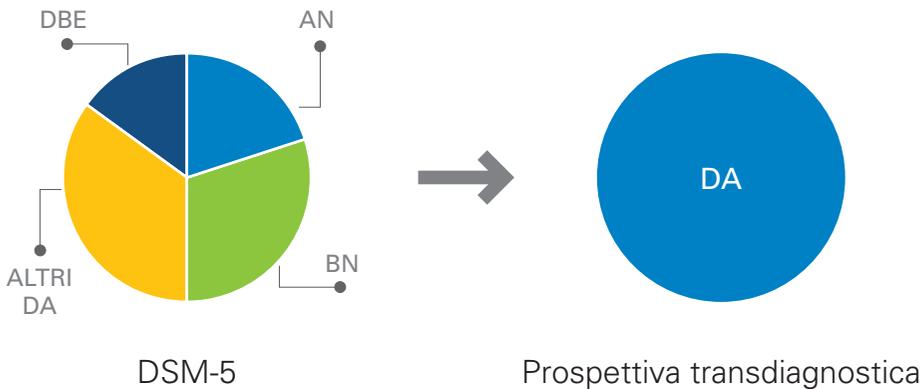


Figura 2

Classificazione dei disturbi dell'alimentazione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali dell'Associazione Psichiatrica Americana (DSM-5) e prospettiva transdiagnostica

DA = disturbo dell'alimentazione, AN = anoressia nervosa
BN = bulimia nervosa, DBE = disturbo da binge-eating

Tabella 3

I fattori di rischio potenziali dei disturbi dell'alimentazione evidenziati dalla ricerca

✓ **Fattori di rischio generali**

- Sesso femminile.
- Adolescenza e prima età adulta.
- Vivere in una società occidentale.

✓ **Fattori di rischio individuali**

Condizioni presenti nei familiari

- Disturbi dell'alimentazione.
- Depressione.
- Alcolismo (bulimia nervosa).
- Tratti ossessivi e perfezionistici (anoressia nervosa).
- Obesità (bulimia nervosa).

Esperienze prima dello sviluppo del disturbo dell'alimentazione

- Complicanze ostetriche/perinatali.
- Problemi con i genitori.
- Abusi sessuali.
- Esperienze di derisione per il peso e la forma del corpo.
- Lavori o attività ricreative che incoraggiano la magrezza.

Caratteristiche dell'individuo

- Obesità (bulimia nervosa).
- Problemi alimentari e digestivi nella prima infanzia (anoressia nervosa).
- Preoccupazione per il peso e la forma del corpo.
- Tratti di personalità (bassa autostima, perfezionismo, intolleranza alle emozioni).
- Ansia e disturbi d'ansia.

Comportamenti

- Dieta.

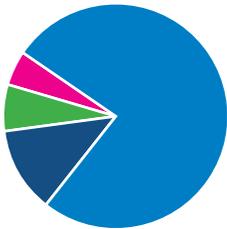
I **fattori di rischio generali** si riferiscono a condizioni non modificabili che aumentano in generale il rischio di sviluppare i disturbi dell'alimentazione (cioè costituiscono un aumento di rischio per tutta la popolazione).

I **fattori di rischio individuali** si riferiscono a condizioni che colpiscono in modo specifico il sottogruppo di individui che sviluppa il disturbo dell'alimentazione.

derivata da essa) è applicabile con minime modifiche a tutti i disturbi dell'alimentazione (anoressia nervosa, bulimia nervosa e altri disturbi dell'alimentazione).

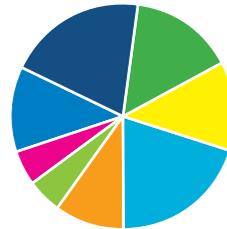
La teoria sostiene che l'*eccessiva valutazione del peso, della forma del corpo e del controllo dell'alimentazione* sia il problema psicologico centrale dei disturbi dell'alimentazione. Mentre le persone si valutano generalmente in base alla percezione delle loro prestazioni in una varietà di domini della loro vita (per es. relazioni interpersonali, scuola, lavoro, sport, abilità intellettuali e genitoriali, ecc.), quelle affette da disturbi dell'alimentazione si valutano in modo esclusivo o predominante in base al controllo che riescono a esercitare sul peso o sulla forma del corpo o sull'alimentazione (spesso su tutte e tre le caratteristiche) (**Figura 3**).

**SCHEMA DI AUTOVALUTAZIONE
DI UNA PERSONA AFFETTA
DA DISTURBO DELL'ALIMENTAZIONE**



- Peso, forma del corpo, alimentazione
- Scuola
- Famiglia
- Altro

**SCHEMA DI AUTOVALUTAZIONE
DI UNA PERSONA NON AFFETTA
DA DISTURBO DELL'ALIMENTAZIONE**



- Peso, forma del corpo, alimentazione
- Scuola
- Famiglia
- Sport
- Musica
- Amici
- Pittura
- Altro

Figura 3

Rappresentazione grafica dello schema di autovalutazione di una persona con il disturbo dell'alimentazione e di una senza il disturbo dell'alimentazione

Tale sistema di valutazione è disfunzionale per tre motivi: **(1)** è rischioso valutare se stessi in un solo dominio (se si fallisce nel controllare il peso o la forma del corpo crolla l'intero sistema di autovalutazione); **(2)** in alcuni domini, come ad esempio il peso o la forma del corpo, non si riesce ad avere mai successo (non si è mai abbastanza magri o non si riesce mai ad avere una forma del corpo "perfetta"); **(3)** la focalizzazione esclusiva sul peso e la forma del corpo marginalizza altre aree della vita, riducendo gli interessi solo al corpo ed elude inevitabilmente un impegno in altri domini della vita (per es. scuola, relazioni, lavoro) che contribuiscono a sviluppare un sistema di autovalutazione funzionale, stabile e articolato.

L'eccessiva valutazione del peso, della forma del corpo e del controllo dell'alimentazione è di primaria importanza nel mantenimento dei disturbi dell'alimentazione: la maggior parte delle altre caratteristiche cliniche deriva, infatti, direttamente o indirettamente da essa. Per esempio, i comportamenti estremi di controllo del peso (*dieta ferrea, esercizio fisico eccessivo e compulsivo, vomito autoindotto, uso improprio di lassativi o di diuretici*) e il raggiungimento e il mantenimento del *sottopeso e della sindrome da malnutrizione* (**Tabella 4**), si possono verificare solo se una persona crede che il controllo dell'alimentazione, del peso e della forma del corpo siano di estrema importanza per giudicare il proprio valore.

L'unico comportamento non strettamente legato allo schema di autovalutazione disfunzionale è l'*abbuffata*. Presente in un sottogruppo di persone affette da disturbi dell'alimentazione, sembra essere la conseguenza del tentativo di restringere in modo ferreo l'alimentazione o, in taluni casi, di modulare *eventi ed emozioni associate*.

Le varie manifestazioni cliniche dei disturbi dell'alimentazione, a loro volta, mantengono in uno stato di continua attivazione lo schema di autovalutazione disfunzione e assieme ad esso formano i cosiddetti meccanismi di mantenimento specifici (perché sono presenti solo in questi disturbi) (**Figura 4**).

La nuova teoria propone che, in un sottogruppo di pazienti, siano presenti uno o più dei seguenti meccanismi di mantenimento aggiuntivi o non specifici (perché sono presenti anche in altre problematiche psicologiche): **(1)** perfezionismo clinico; **(2)** bassa autostima nucleare; **(3)** difficoltà interpersonali. I meccanismi di mantenimento aggiuntivi, se presenti, interagiscono con i meccanismi di mantenimento specifici nel perpetuare il disturbo dell'alimentazione (**Figura 5**).

Ci sono delle evidenze sempre più crescenti che l'interruzione dei fattori di mantenimento sia necessaria per la guarigione dal disturbo dell'alimentazione.

Tabella 4

I sintomi della sindrome da malnutrizione riportati dai partecipanti al Minnesota Study

✓ **Attitudini e comportamenti nei confronti del cibo**

- Preoccupazione per il cibo.
- Collezione di ricette, libri di cucina e menù.
- Inusuali abitudini alimentari.
- Incremento del consumo di caffè, tè e spezie.
- Occasionale introito esagerato e incontrollato di cibo.

✓ **Modificazioni emotive e sociali**

- Depressione.
- Ansia.
- Irritabilità e rabbia.
- Sbalzi del tono dell'umore.
- Episodi psicotici.
- Cambiamenti di personalità confermati dai test psicologici.
- Isolamento sociale.

✓ **Modificazioni cognitive**

- Apatia.
- Diminuita capacità di concentrazione.
- Diminuita capacità di pensiero astratto.

✓ **Modificazioni fisiche**

- Disturbi del sonno.
- Debolezza.
- Disturbi gastrointestinali.
- Ipersensibilità al rumore e alla luce.
- Edema.
- Ipotermia.
- Parestesie.
- Diminuzione del metabolismo basale.
- Diminuzione dell'interesse sessuale.

✓ **Modificazioni della fame e della sazietà**

- Aumento della fame.
- Precoce senso di pienezza.

Tratta da Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., Mickelsen, O., & Taylor, H.L. (1950). *The biology of human starvation* (Vol. 2). Minneapolis: University of Minnesota Press.

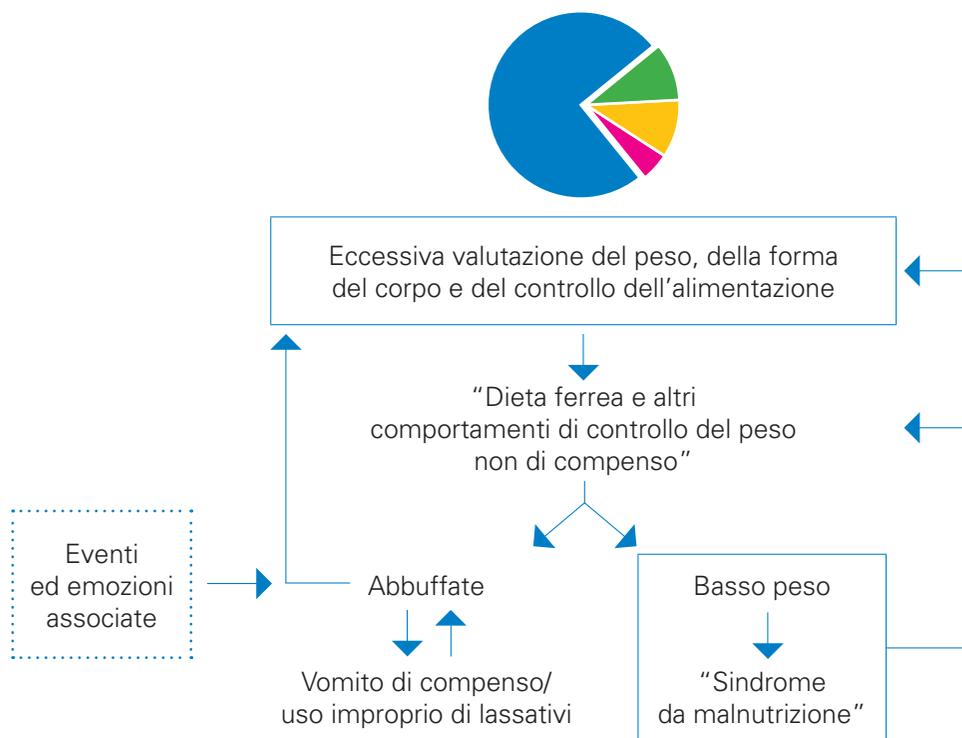


Figura 4

I principali meccanismi specifici di mantenimento dei disturbi dell'alimentazione

Adattata da Fairbun (2010). *La terapia cognitivo comportamentale dei disturbi dell'alimentazione* (pag. 32). Eclipsi: Firenze.

Le conseguenze

Le aree della vita potenzialmente danneggiate dai disturbi dell'alimentazione sono quattro (**Figura 6**): **(1)** salute fisica; **(2)** funzionamento psicologico; **(3)** relazioni interpersonali e **(4)** carriere scolastica e lavorativa. Maggiore è la durata e la gravità del disturbo dell'alimentazione, più numerose sono le aree della vita danneggiate e più gravi sono i danni che la persona subisce.

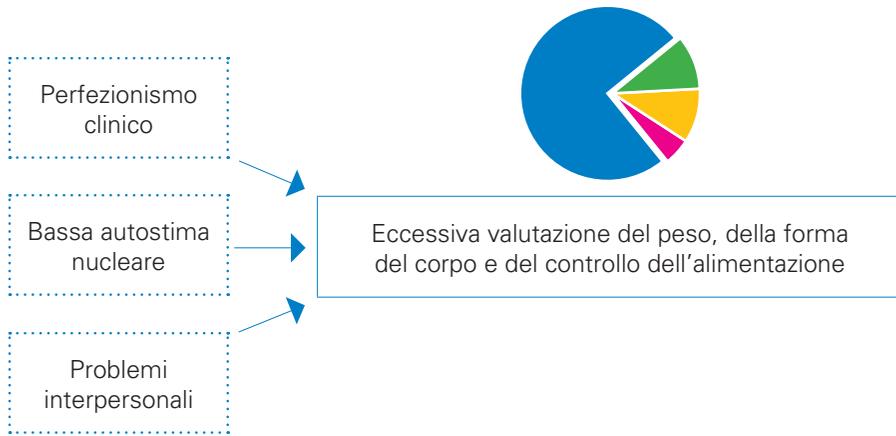


Figura 5

I meccanismi aggiuntivi di mantenimento dei disturbi dell'alimentazione

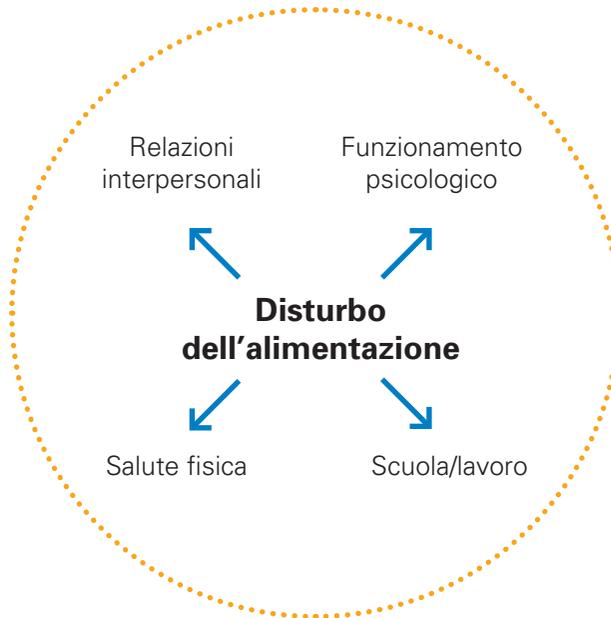


Figura 6

Aree danneggiate dal disturbo dell'alimentazione

Il trattamento proposto da AIDAP

AIDAP, fin dalla sua costituzione, ha promosso lo sviluppo e la ricerca della terapia cognitivo comportamentale (CBT) per i disturbi dell'alimentazione.

Il termine cognitivo comportamentale (CBT) si riferisce a una classe di trattamenti psicologici che si basano su due premesse interconnesse: **(1)** i processi cognitivi giocano un ruolo importante nel mantenimento del problema; **(2)** il trattamento deve affrontare questi processi cognitivi, tra le altre cose. Le procedure e le strategie usate dalla CBT dipendono dal problema da affrontare. La CBT si è dimostrata efficace principalmente nella cura della depressione clinica, dei disturbi d'ansia e dei disturbi dell'alimentazione.

La CBT per la bulimia nervosa è stata ideata nei primi anni ottanta dal prof. Christopher Fairburn dell'Università di Oxford. Recentemente è stata sviluppata una forma di CBT "migliorata" chiamata CBT-E (E = Enhanced). Il trattamento è basato sulla teoria transdiagnostica (vedi sopra) ed è stato chiamato migliorato perché introduce strategie più potenti per affrontare l'eccessiva valutazione del peso e della forma del corpo e perché è stato concepito per curare tutti i disturbi dell'alimentazione nei pazienti adulti e adolescenti a livello ambulatoriale, ambulatoriale intensivo e di ricovero. Nel nuovo trattamento la diagnosi del disturbo dell'alimentazione non è rilevante per la cura, piuttosto l'intervento è guidato dai meccanismi di mantenimento presenti nel singolo paziente.

La CBT-E usa in modo flessibile strategie e procedure terapeutiche in sequenza per affrontare la psicopatologia individuale del paziente. Per fare questo il terapeuta e il paziente lavorano assieme, come una "squadra", per superare il disturbo dell'alimentazione. Il paziente è incoraggiato a diventare un attivo partecipante nel processo di cura e a vedere il trattamento come priorità. La strategia chiave è creare una formulazione individualizzata e condivisa dei principali meccanismi di mantenimento che dovranno essere affrontati dal trattamento. La CBT-E adotta una varietà di procedure generiche cognitive e comportamentali, ma favorisce l'uso di cambiamenti specifici nel comportamento per modificare e ottenere dei cambiamenti cognitivi. Nelle fasi più avanzate del trattamento, il paziente è aiutato a riconoscere i primi segnali di attivazione dello stato mentale (mindset) del disturbo dell'alimentazione e a decentrarsi rapidamente da esso per evitare la ricaduta.

Con i pazienti che non sono significativamente sottopeso, la CBT-E generalmente prevede un appuntamento iniziale per la valutazione diagnostica seguito da 20 sedute di 50 minuti da svolgersi in 20 settimane. Il trattamento ha quattro fasi (**Figura 7**).

Nella Fase Uno, che dura quattro settimane, il trattamento prevede due sedute la settimana ed è focalizzato sul raggiungere una comprensione condivisa del disturbo dell'alimentazione del paziente e dei processi che lo mantengono. In questa fase il paziente è aiutato a regolarizzare e a stabilizzare le sue modalità alimentari e ad affrontare le sue preoccupazioni per il peso.

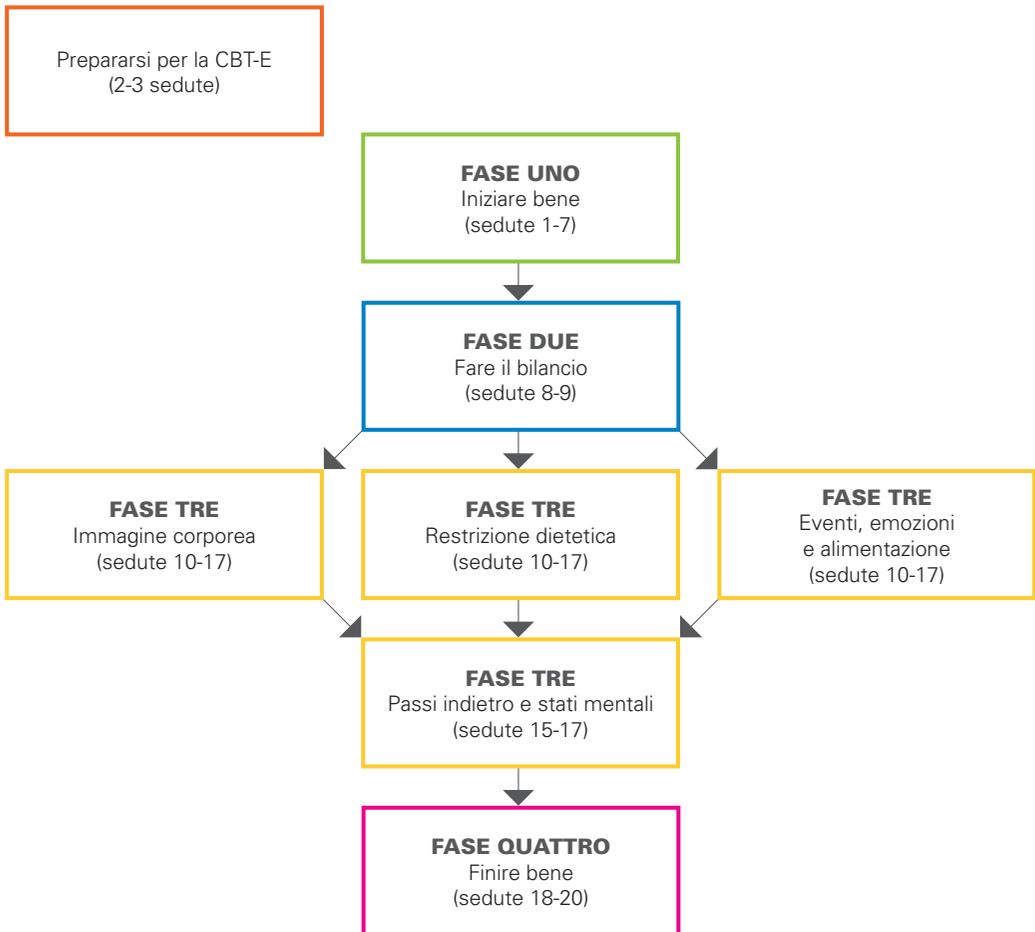


Figura 7

Le fasi della CBT-E per i pazienti non sottopeso

Nella Fase Due le sedute sono effettuate a cadenza settimanale. In questa fase, che dura una o due sedute, sono rivisti in dettaglio i progressi effettuati nelle prime quattro settimane di terapia e viene progettata la Fase Tre della CBT-E.

Nella Fase Tre, le sedute sono focalizzate sui processi centrali che mantengono la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione del paziente. In generale, questo comporta affrontare le preoccupazioni per il peso e la forma del corpo, la restrizione dietetica cognitiva e calorica, gli eventi ed emozioni che influenzano l'alimentazione. In un sottogruppo di pazienti possono essere affrontati anche alcuni meccanismi di mantenimento aggiuntivi, come il perfezionismo clinico, la bassa autostima nucleare e le difficoltà interpersonali.

Verso la fine della Fase Tre e nella Fase Quattro sono implementate procedure per minimizzare il rischio di ricaduta a breve e a lungo termine.

In genere, una seduta di revisione è fissata 20 settimane dopo la conclusione della terapia per rivedere i progressi e per affrontare qualsiasi problema che rimane o che è emerso.

La versione CBT-E per i pazienti sottopeso è stata adattata nel contenuto e durata (40 settimane e 40 sedute), per affrontare la scarsa motivazione al cambiamento, la restrizione dietetica calorica e il sottopeso. La Fase Due, inoltre, è eseguita ogni 4 settimane fino alla normalizzazione del peso, mentre il recupero del peso è raggiunto in tre passi (**Figura 8**):

- **Passo Uno:** il paziente è aiutato ad arrivare alla conclusione che è necessario recuperare il peso e decide di farlo.
- **Passo Due:** il paziente recupera peso fino a un peso basso salutare (IMC tra 19 e 20).
- **Passo Tre:** il paziente diventa esperto nel mantenere il peso.

In associazione al recupero del peso è affrontata in modo integrato la psicopatologia del disturbo dell'alimentazione che opera nel paziente.

Nella **Tabella 5** sono riportati gli studi che hanno valutato la CBT-E ambulatoriale applicata sia negli adulti che negli adolescenti.

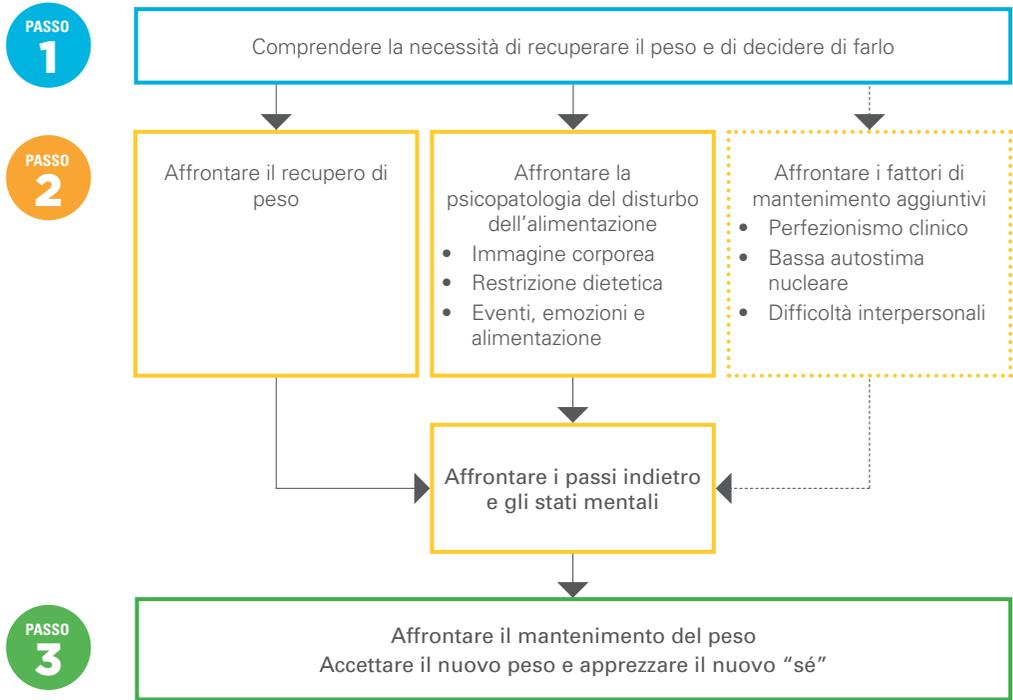


Figura 8

I passi e le principali procedure della CBT-E per i pazienti sottopeso

Ricovero e day-hospital

Il trattamento ospedaliero dei disturbi dell'alimentazione si pone due obiettivi generali che richiedono protocolli terapeutici differenti:

1 Stabilizzare le condizioni mediche-psichiatriche per gestire le complicanze acute del disturbo, in pazienti non necessariamente motivati a intraprendere una cura finalizzata alla guarigione.

2 Iniziare o continuare un percorso di cura finalizzato all'interruzione dei fattori di sviluppo e di mantenimento del disturbo.

Tabella 5

Studi che hanno valutato la CBT-E nei disturbi dell'alimentazione

Bulimia nervosa (confronto con la terapia psicoanalitica)

Lo studio eseguito in Danimarca ha confrontato la CBT-E focalizzata (20 sedute di 50 minuti in 20 settimane) con la psicoterapia psicoanalitica (più di 70 sedute in 24 mesi). I risultati dello studio hanno evidenziato che la CBT-E è marcatamente più efficace nel trattamento della bulimia nervosa, rispetto alla psicoterapia psicoanalitica. Nel gruppo CBT-E, il 42% dei pazienti ha interrotto gli episodi bulimici ed eliminativi dopo cinque mesi e il 44% dopo 24 mesi. Invece soltanto il 15% dei pazienti sottoposti a psicoterapia psicoanalitica ha interrotto gli episodi bulimici ed eliminativi dopo due anni. I due trattamenti hanno determinato miglioramenti sovrapponibili in termini di psicopatologia specifica e generale, ma i miglioramenti nel gruppo CBT-E sono avvenuti con maggiore rapidità.

Poulsen, S., Lunn, S., Daniel, S.I., Folke, S., Mathiesen, B.B., Katznelson, H., Fairburn, C.G. (2013). A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy or cognitive-behavioral therapy for Bulimia Nervosa". *American Journal of Psychiatry* doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12121511.

Bulimia nervosa e altri disturbi dell'alimentazione non sottopeso (confronto con la terapia interpersonale)

130 pazienti affetti da disturbo dell'alimentazione con IMC >17,5 e <40,0 sono stati trattati con la CBT-E o con la terapia interpersonale (IPT) presso l'università di Oxford. 29 partecipanti (22,3%) non hanno completato il trattamento. Alla fine dell'intervento il 65,5% dei partecipanti trattati con la CBT-E era in remissione in confronto al 33,3% di quelli con la IPT. A 60 settimane di follow-up il tasso di remissione ottenuto dalla CBT-E è rimasto superiore a quello della IPT (CBT-E 69,4%, IPT 49,0%).

Fairburn CG, Bailey-Straebl S, Basden S, Doll HA, Jones R, Murphy R, O'Connor ME, Cooper Z. (2015). A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 70:64-71.

Anoressia nervosa (adulti)

Uno studio multicentrico eseguito a Verona, Oxford e Leicester ha valutato l'effetto della CBT-E in 99 pazienti adulti con anoressia nervosa. Due terzi dei pazienti

(63,6%) in entrambi i centri ha completato le 40 settimane di cura. Alla fine del trattamento l'aumento di peso medio è stato di 7,5 kg, che corrisponde a un aumento di 2,8 punti di IMC e quasi il 90% aveva una psicopatologia del disturbo dell'alimentazione residua minima. A 60 settimane di follow-up si è verificata una leggera riduzione dell'IMC e un lieve peggioramento della psicopatologia specifica. Come risultato la proporzione di pazienti con $IMC \geq 18,5$ era del 55% e la proporzione di pazienti con psicopatologia residua minima era del 78%.

Dalle Grave, R. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: A UK-Italy study. *Behaviour Research and Therapy* 51, R2-8.

Anoressia nervosa (adolescenti)

Uno studio italiano eseguito a Verona ha valutato la versione della CBT-E per gli adolescenti. Quasi due terzi dei pazienti ha completato le 40 sedute di CBT-E (N = 29, 63,0%). Alla fine del trattamento l'aumento di peso medio è stato di 8,6 kg pari a un incremento di 27 percentili di IMC. Quasi tutti i pazienti (96,6%, N = 28/29) avevano alla fine del trattamento una psicopatologia del disturbo dell'alimentazione residua minima. A 60 settimane di follow-up l'aumento ponderale è continuato con un incremento medio di peso di altri 2,22 kg e di percentile di IMC da 29,4 a 33,7. Come risultato il 44,8% aveva un peso superiore al 95° del peso previsto per età e sesso e il 90% una psicopatologia del disturbo dell'alimentazione residua minima.

Dalle Grave, R., Calugi, S., Doll, H.A., Fairburn, C.G. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: an alternative to family therapy? *Behaviour Research and Therapy* 51, R9-R12.

Il primo obiettivo va perseguito, secondo i casi, in **reparti internistici o psichiatrici**, come ricovero ospedaliero ordinario, e non prevede necessariamente il coinvolgimento e l'impegno del paziente in un percorso di cura. Il secondo obiettivo prevede il diretto coinvolgimento del paziente nel percorso di cura e va eseguito in **reparti di riabilitazione intensiva ospedaliera**. Il ricovero in queste strutture, a differenza del ricovero ospedaliero ordinario, va considerato come un passo critico nel processo di guarigione del paziente e per tale motivo è finalizzato ad affrontare sia gli aspetti fisici sia psicologici del disturbo. Sebbene non esistano linee guida universalmente riconosciute sulle indicazioni del ricovero in strutture ospedaliere di riabilitazione intensiva, i seguenti criteri sono ampiamente accettati dalla comunità scientifica internazionale:

- **Mancata risposta a un trattamento ambulatoriale ben condotto** (es. nessun miglioramento o peggioramento dopo 14 settimane di cura).
- **Presenza di condizioni mediche che rendono inappropriato un trattamento ambulatoriale** (es. Indice di Massa Corporea < 15, perdita di peso > 1 kg la settimana per molte settimane, elevata frequenza di vomito autoindotto, di uso improprio di lassativi o diuretici, di esercizio fisico eccessivo e compulsivo, isolamento sociale, depressione grave, elevate impulsività, ambiente familiare problematico).

Condizione essenziale per il ricovero ospedaliero di riabilitazione intensiva è che il paziente abbia raggiunto un adeguato livello di motivazione e sia disponibile a impegnarsi in ogni fase del processo terapeutico. Per tale motivo è opportuno che il ricovero sia preceduto da una fase di preparazione al trattamento.

Il trattamento va eseguito da un'equipe multidisciplinare, composta di medici (con competenze internistiche e psichiatriche), psicologi-psicoterapeuti, dietisti, educatori, fisioterapisti e personale infermieristico.

Il ricovero in strutture ospedaliere di riabilitazione intensiva ha una lunga durata (circa 90 giorni) perché è necessario far raggiungere al paziente almeno il 90% del peso corporeo atteso o comunque un IMC superiore a 19, considerando un aumento di peso medio di 1-1,5 kg la settimana. Studi effettuati negli Stati Uniti hanno evidenziato che eseguire una dimissione prima di aver fatto raggiungere al paziente un peso normale non è utile in termini di costo-efficacia perché è associata a un più elevato tasso di ricaduta e di riospedalizzazione, rispetto alla dimissione eseguita dopo aver raggiunto una condizione di normopeso.

In molti casi può essere vantaggioso far seguire al ricovero una fase di day-hospital. Il day-hospital post-ricovero può essere utile per ridurre le recidive che spesso avvengono subito dopo la dimissione perché permette al paziente di essere esposto agli stimoli ambientali di mantenimento del suo disturbo continuando ad avere il supporto di una terapia intensiva. In questa fase il paziente assume gradualmente il completo controllo sull'alimentazione e sul peso corporeo e prepara il passaggio alla terapia ambulatoriale.

Il ricovero in reparti di riabilitazione ospedaliera intensiva, se ben condotto, produce, in circa l'85% dei pazienti adolescenti e adulti, la normalizzazione del peso e il miglioramento delle preoccupazioni per il peso e la forma del corpo. A un anno dalla dimissione circa il 74% dei pazienti adolescenti mantiene una condizione di normopeso (**Tabella 6**).

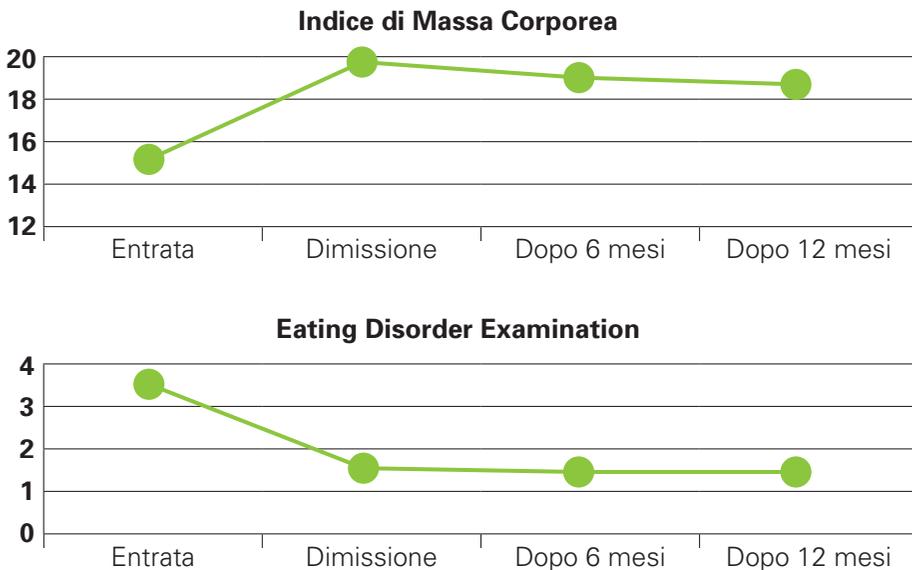
Tabella 6

Lo studio di Villa Garda sulla CBT-E residenziale

Uno studio condotto a Villa Garda, su 80 pazienti consecutivi ricoverati affetti da anoressia nervosa che non avevano risposto al trattamento ambulatoriale, ha dimostrato che:

- ✓ Circa il 90% dei pazienti ha completato il trattamento.
- ✓ Più dell'85% ha raggiunto un peso normale (IMC $\geq 18,5$).
- ✓ Dopo la dimissione si è verificata una moderata perdita di peso solo nei primi 6 mesi ed è stata limitata solo ai pazienti adulti. Il 73,9% degli adolescenti aveva un peso normale dopo 12 mesi dalla dimissione.

Oltre al recupero del peso, il trattamento ha determinato una riduzione significativa delle preoccupazioni per il peso e la forma del corpo: un miglioramento mantenuto anche 12 mesi dopo la dimissione.



N.B. Il punteggio globale dell'Eating Disorder Examination - valuta la psicopatologia specifica del disturbo dell'alimentazione. I valori normali sono $< 1,74$.

I servizi clinici basati sulla CBT-E

Le opzioni di trattamento offerte ai pazienti con disturbi dell'alimentazione dipendono in genere dal giudizio e dalla formazione dei clinici che eseguono la valutazione e dalla disponibilità locale dei trattamenti. Sebbene siano fruibili trattamenti come la CBT-E, questi spesso non sono implementati nei servizi clinici oppure sono applicati in modo inadeguato. In alcuni servizi clinici c'è un'enfasi eccessiva sul trattamento ospedaliero e spesso i pazienti ricevono trattamenti diversi sia in termini teorici che di contenuto quando passano da un trattamento meno intensivo (per es. il trattamento ambulatoriale) a uno più intensivo (per es. il ricovero) e viceversa. Questo crea discontinuità nel percorso di cura e ovviamente disorienta i pazienti su quali strategie e procedure applicare per superare il disturbo dell'alimentazione.

La CBT-E, essendo stata progettata per trattare tutte le categorie diagnostiche dei disturbi dell'alimentazione, i pazienti adulti e gli adolescenti attraverso l'intero spettro dei luoghi di cura (dalla terapia ambulatoriale al ricovero), offre la possibilità di implementare un trattamento che supera alcune delle difficoltà incontrate nei segmentati servizi clinici tradizionali. La caratteristica più distintiva e unica di questo approccio, chiamato "CBT-E multistep", è che la stessa teoria e le medesime strategie e procedure sono applicate a ogni livello di cura (**Figura 9**). L'unica differenza tra i vari passi è l'intensità del trattamento, minore a livello ambulatoriale e maggiore nel ricovero. Con questo approccio, i pazienti che non rispondono alla CBT-E ambulatoriale standard possono essere aiutati a superare il loro problema alimentare con la CBT-E ambulatoriale intensiva, dove sono aggiunti alla psicoterapia ambulatoriale i pasti assistiti da parte di un terapeuta, oppure con la CBT-E ospedaliera, se hanno delle condizioni fisiche e psicologiche che indicano la necessità di un ricovero. Infine, dopo la CBT-E ospedaliera, i pazienti concludono il processo di cura con la CBT-E ambulatoriale post-ricovero. In questo modo, possono passare senza problemi dal trattamento ambulatoriale al ricovero, e poi ancora alla fase finale del trattamento ambulatoriale, senza modificare la natura del trattamento stesso.

Questo approccio è stato sviluppato dapprima a Garda e a Verona, ma servizi simili sono stati successivamente implementati in Olanda, Norvegia, Danimarca, Svezia e Stati Uniti d'America. In Italia, inoltre, l'AIDAP attraverso le sue Unità Locali Operative, ha sviluppato una rete di terapeuti che applicano la CBT-E e che hanno la possibilità di inviare i pazienti che non rispondono al trattamento

ambulatoriale alla CBT-E ospedaliera e di continuare la CBT-E ambulatoriale dopo la dimissione dal ricovero.

I servizi clinici e la rete di cura basata sulla CBT-E hanno due vantaggi principali rispetto ai trattamenti tradizionali. Il primo è che i pazienti sono trattati con un trattamento singolo e ben somministrato, basato sull'evidenza, rispetto all'abituale approccio eclettico privo di evidenze di efficacia. Il secondo è che minimizza i problemi associati con la transizione dal trattamento ambulatoriale a quello intensivo, poiché evita di sottoporre i pazienti ai cambiamenti confusi e controproducenti dell'approccio terapeutico che comunemente accompagnano tali passaggi. È ovvio, tuttavia, che una forma diversa di trattamento va raccomandata per tutti i pazienti che non rispondono al CBT-E.

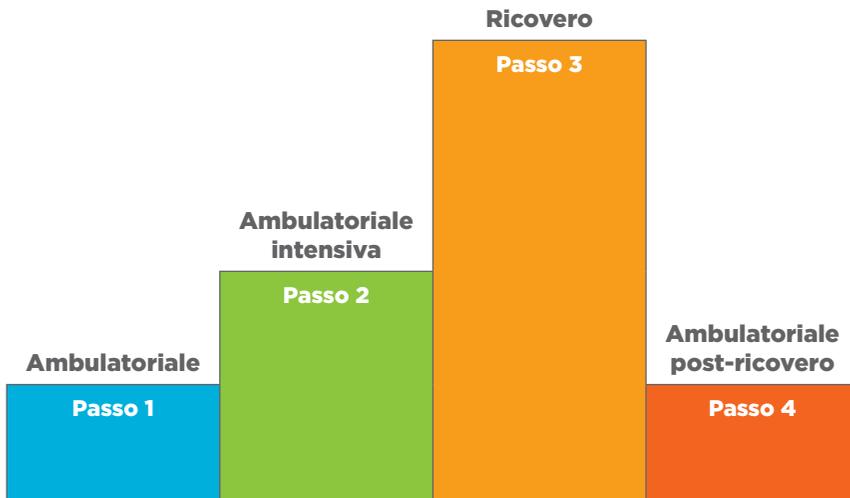


Figura 9

I quattro passi della CBT-E multistep

AIDAP

Associazione
Italiana Disturbi
dell'Alimentazione
e del Peso

 0458103915

 0458102884

 info@aidap.org

 www.aidap.org

La sede AIDAP più vicina a te: